

**UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN *WOUND DEHISCENCE POST*
DISARTIKULASI *HIP* DI RSOP. Dr. R SOEHARSO SURAKARTA**



PUBLIKASI ILMIAH

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III pada
Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

LINTANG HAYU PANGESTU

J 200 130 072

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN WOUND DEHISCENCE
POST DISARTIKULASI HIP DI RSOP. Dr. R. SOEHARSO SURAKARTA**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

LINTANG HAYU PANGESTU
J 200 130 072

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing:



Arina Maliya, S. Kep. M. Si. Med
NIK.745

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN WOUND DEHISCENCE
POST DISARTIKULASI HIP DI RSOP. Dr. R SOEHARSO SURAKARTA

OLEH

LINTANG HAYU PANGESTU

J 200 130 072

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
pada hari Senin, 25 Juli 2016
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Arina Maliya, S. Kep. M. Si. Med
(Ketua Dewan Penguji)

(.....)

2. Fahrur Nur Rosyid, S. Kep., M. Kes
(Anggota Dewan Penguji)

(.....)

Dekan,



Dr. Suwaji, M.Kes.

NIP. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 11 Juni 2016

Penulis



LINTANG HAYU PANGESTU

J 200 130 072

UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN WOUND DEHISCENCE POST DISARTIKULASI HIP DI RSOP Dr. R SOEHARSO SURAKARTA

Lintang Hayu Pangestu, Arina Maliya
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Jl. Ahmad Yani Tramol Pos 1, Pabelan Kartasura, Jawa Tengah
Email: *lintanghayupangestu7@gmail.com*

ABSTRAK

Nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan dan bervariasi pada setiap individu, salah satu tindakan nonfarmakologi yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi tingkat nyeri pasien yaitu dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam yang efektifitasnya belum jelas diketahui. Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas dalam secara perlahan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh nafas dalam untuk menurunkan skala nyeri pada klien dengan diagnosa medis *wound dehiscence post disartikulasi hip* di bangsal Parang Kusumo RSOP Dr. R. Soeharso Surakarta. Metode yang digunakan adalah studi kasus, yaitu dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien *wound dehiscence post disartikulasi hip* mulai dari pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Hasil yang didapatkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada klien dengan *wound dehiscence post disartikulasi hip* dengan masalah nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, gangguan citra tubuh, resiko infeksi telah teratasi sebagian dan intervensi harus dilanjutkan. Adanya pengaruh pemberian terapi nonfarmakologi dalam menurunkan skala nyeri, hal ini dibuktikan pada hari ketiga skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 3.

Kata Kunci: tindakan nonfarmakologi, nyeri, naskah publikasi.

**PAIN REDUCTION EFFORTS IN PATIENTS WOUND DEHISCENCE
HIP IN POST DISARTICULATION RSOP Dr. R SOEHARSO
SURAKARTA**

*Latitude Hayu Pangestu, Arina Maliya
Study Program D3 Nursing Faculty of Health Sciences
Muhammadiyah University of Surakarta
Jl. Ahmad Yani Tramol Pos 1, Pabelan Kartasura, Central Java
Email: lintanghayupangestu7@gmail.com*

ABSTRACT

Pain is an unpleasant sensation and varies between individuals, one of nonpharmacological measures do nurses to reduce the level of pain a patient is by using deep breathing relaxation techniques whose effectiveness has not been clearly known. Deep breathing relaxation technique is a technique of doing a deep breath, slow breath and how to breathe in slowly This study aims to determine the effect of deep breathing to reduce pain scale on clients with medical diagnosis of wound dehiscence post hip disarticulation the ward Parang Kusumo RSOP Dr. R. Soeharso Surakarta. The method used was a case study, by performing the nursing care of patients wound dehiscence post hip disarticulation ranging from assessment, intervention, implementation and evaluation of nursing. The results obtained after the 3x24-hour nursing care for the client with wound dehiscence post hip disarticulation with the problem of acute pain, physical mobility restrictions, body image disturbance, the risk of infection has been resolved partially and interventions should be continued. The influence nonpharmacological therapy in reducing pain scale, this is evidenced by the third day the pain scale was reduced from 5 to 3.

Keywords: *nonpharmacological measures, pain, manuscript publications.*

1. PENDAHULUAN

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan. Donahue (1989) meringkaskan “melalui rasa nyaman dan tindakan untuk mengupayakan kenyamanan, perawat memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dorongan dan bantuan”. Berbagai teori keperawatan menyatakan bahwa kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan dari pemberian asuhan keperawatan (Perry, 2005: 1502 dalam Satrio, Annisa, Dewi).

Menurut Maslow kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar setelah kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi. Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktifitas sehari-harinya. Selain itu seseorang yang mengalami nyeri hebat akan berkelanjutan apabila tidak ditangani pada akhirnya akan mengakibatkan syok neurologik orang tersebut (Istichomah, 2007 dalam Satrio, Annisa, Dewi).

Nyeri merupakan sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan bervariasi pada tiap individu. Nyeri dapat mempengaruhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya dan mengubah kehidupan orang tersebut. Nyeri merupakan faktor psikososial yang perlu diungkap lewat komunikasi terapeutik, karena seorang perawat perlu mendapatkan data baik secara subjektif maupun objektif untuk menilai seberapa besar pengaruh nyeri tersebut pada pasien (Berman, Snyder, Kozier, & Erb, 2003 dalam Chandra Kristianto Patasik, 2013). Pengkajian nyeri meliputi P (Provoking incident/insidens pemicu). Q (Quality of pain). R (Region, radiation, relief). S (Severity/Scale of pain). T (time) (Muttaqin, 2011).

Managemen nyeri adalah upaya dalam ilmu medis dalam menghilangkan keluhan nyeri yang dirasakan pasien nyeri (Rifham, 2010 dalam Ani et al, 2014). Beberapa manajemen nyeri keperawatan adalah mengatur posisi fisiologis dan imobilisasi ekstremitas yang mengalami nyeri, mengistirahatkan klien, kompres, manajemen lingkungan, teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi, manajemen sentuhan (Muttaqin, 2011). Terapi non farmakologis dapat digunakan sebagai pelengkap untuk mendapatkan efek pengobatan farmakologis yang lebih baik.

Relaksasi adalah sebuah keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau kembalinya keseimbangan (*equilibrium*) setelah terjadi gangguan. Tujuan dari teknik relaksasi adalah mencapai keadaan relaksasi menyeluruh, mencakup keadaan relaksasi secara fisiologis, secara kognitif, dan secara behavioral. Secara fisiologis keadaan rileksasi ditandai dengan penurunan kesadaran epinefrin dan non epinefrin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung (sampai mencapai 24 kali per menit), penurunan tekanan darah, penurunan frekuensi nafas (sampai 4-6 kali per menit), penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan

peningkatan temperatur pada ekstremitas (Rahmayati, 2010 dalam Chandra Kristianto Patasik, 2013), dan salah satu tindakan nonfarmakologinya menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam.

Tehnik relaksasi nafas dalam adalah tehnik melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas dalam secara perlahan (Potter & Pery, 2005 dalam Retno Wida Hapsari, 2013) Tindakan keperawatan utama bagi perawat untuk mengurangi nyeri pasien yaitu dengan tindakan yang bersifat non farmakologi karena perawat tidak mempunyai wewenang untuk memberikan analgetik. Tujuan umum penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan serta melaporkan tindakan nonfarmakologi perawat terhadap penurunan nyeri pasien. Sedangkan tujuan khususnya yaitu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, membuat intervensi, melakukan implementasi serta evaluasi pada Ny. E dengan *wound dehiscence post disartikulasi hip*.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai efektifitas tehnik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri klien. Oleh karena itu penulis tertarik mengangkat judul Karya Tulis Ilmiah “ Upaya Penurunan Nyeri pada Ny. E dengan *Wound Dehiscence Post Disartikulasi Hip* di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta”.

2. METODE

Karya tulis ilmiah ini penulis susun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan dari data yang telah dianalisis. Penyusunan karya tulis ilmiah ini mengambil kasus di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta di bangsal Parang Kusumo pada tanggal 29 Maret 2016 – 1 April 2016. Langkah-langkah penyusunan karya tulis ilmiah ini dimulai dari penulis mengajukan judul, kemudian menyusun latar belakang yang mendukung pengambilan judul. Dalam memulai asuhan keperawatan, penulis melakukan asuhan keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi. Setelah diperoleh hasil, penulis melakukan pembahasan tentang pengkajian sampai evaluasi. Dengan dukungan dari buku dan jurnal yang berkaitan dengan nyeri, nafas dalam dan penulis melakukan pembahasan. Simpulan dan saran diperoleh dari pembahasan yang telah penulis lakukan. Sehingga nantinya karya tulis ilmiah ini bisa digunakan sebagaimana mestinya.

Relaksasi nafas dalam dipilih sebagai tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri klien karena dapat dilakukan setiap saat, dimana saja, kapan saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh klien tanpa suatu media, dapat merilekskan otot-otot yang tegang (smeltzer, 2001 dalam Satrio 2013), adapun prosedur tehnik relaksasi nafas dalam yaitu dengan

menciptakan lingkungan yang tenang, menjaga privasi klien, usahakan klien tidak tegang dan dalam keadaan rileks, minta klien untuk memejamkan mata dan usahakan klien untuk berkonsentrasi, minta klien untuk menarik nafas secara perlahan-lahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekshalasi (“hembuskan, dua, tiga”), minta pasien untuk mengulangi lagi sama seperti prosedur sebelumnya sebanyak tiga kali selama 5 menit (Smeltzer dan Bare, 2013).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Pengkajian

Pengkajian bertujuan untuk mendapatkan data dasar tentang kesehatan klien baik fisik, psikologis, maupun emosional. Data dasar ini digunakan untuk menetapkan status kesehatan klien, menemukan masalah aktual ataupun potensial, serta sebagai acuan memberikan edukasi pada klien (Debora, 2011).

Dari pengkajian yang sudah dilakukan penulis pada tanggal 29 Maret 2016 diperoleh data: identitas klien; nama klien: Ny. E; umur: 33 tahun; jenis kelamin: perempuan; alamat: beningan III, bateh, candim, magelang; diagnosa medis: *wound dehiscence post diasartikulasi hip*; pendidikan: SD; tanggal masuk: 22 Maret 2016.

Riwayat kesehatan klien; keluhan utama: nyeri diarea luka jahitan. Riwayat penyakit sekarang: klien mengatakan pada tanggal 22 Februari 2016 dilakukan oprasi amputasi pada bagian pangkal paha kiri, namun setelah satu bulan oprasi keadaan lukanya tidak kunjung kering, malah menjadi basah, jahitan lepas satu persatu dan terasa nyeri. Kemudian pada tanggal 22 Maret 2016 jam 17. 10 WIB, keluarga membawa klien ke Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. Riwayat penyakit dahulu: enam bulan yang lalu klien jatuh dari sepeda dan dibawa ke RST. DR. Soedjono Magelang kemudian dilakukan pemasangan pen didaerah paha kiri, namun setelah pemasangan pen lama kelamaan kaki sebelah kiri menjadi bengkak dan semakin lama semakin membesar, terasa berat, tidak bisa digunakan untuk berjalan, dan bila digerakan terasa panas. Keluarganya memeriksakan klien ke dokter dan klien di diagnosa terkena kanker tulang. Pada tanggal 22 Februari klien melakukan oprasi amputasi pangkal paha kiri di RSOP. Dr. R. Soeharso Surakarta. Riwayat kesehatan keluarga: klien mengatakan keluarganya tidak memiliki penyakit seperti klien, tidak ada riwayat penyakit keturunan maupun penyakit menular, dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat diabetes militus (DM) /jantung /hipertensi. Klien tidak pernah merokok, ataupun minuman

keras. Pemeriksaan fisik pada saat tanggal 29 Maret 2016 didapat Keadaan Umum (KU): Baik. Kesadaran: Compos mentis. GCS: E₄V₅M₆. TTV: Tekanan Darah (TD): 120/90mmHg, respirasi rate (RR): 20x/menit, suhu (S): 36,5 °C, nadi (N): 80x/menit. Berat Badan (BB): 45 kg. Tinggi Badan (TB): 170 cm, di tangan kiri klien terpasang infus RL 20 tpm. Klien mengatakan nyeri di daerah jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 5, hilang timbul. Pada pengkajian pola aktivitas dan latihan *activity daily living* (ADL) klien diperoleh skor 2 yang berarti semua kegiatan klien baik makan/minum, toileting, berpakaian, mobilisasi TT, berpindah, ambulasi memerlukan bantuan orang lain. Pada pengkajian pola persepsi: *body image*: klien mengatakan tidak percaya diri dengan keadaan fisiknya sekarang, klien merasa dijauhi karena keadaan fisiknya. Pada pengkajian pola peran dan hubungan: klien mengatakan peran klien sebagai seorang istri dan ibu rumah tangga menjadi terganggu, hubungan klien dengan suami berubah semenjak suami mengetahui bahwa kaki klien harus diamputasi.

Pemeriksaan penunjang: Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 28 Maret 2016 diperoleh hasil: nilai Hemoglobin 11,7 g/dL (11, 5-16). Hematokrit 35% (37-47). Leukosit 9600 /uL (4000-10000). Eritrosit 4,2 juta/uL (4.5-6.5). Trombosit 403000/uL (150.000-500.000). Hasil pemeriksaan kimia klinik Albumin 3, 4 g/dL (3,8-5,1). Foto rontgen pangkal paha kiri, bekas amputasi (tidak ada pembacaan). Sejak di rawat dari tanggal 22 Maret-2 April 2016 klien mendapat terapi infus RL 20 tetes permenit (tpm) Injeksi vicillin 1500 mg/ 8 jam dan ketorolac 30 mg/ 8 jam.

3.2 Diagnosa dan Intervensi

Pada tahap diagnosa, perawat akan mendapatkan Ds (data *subjektif*) dan Do (data *objektif*) yang didapat dari respon individu, keluarga, atau komunitas serta data yang dilihat oleh perawat yang aktual atau potensial lalu perawat akan menganalisa dan mensintesis data lalu menghasilkan problem dan etiologi (Allen, Carol Vestal, 2010).

Pada pengkajian di dapatkan data *subjektif*, pasien mengatakan nyeri luka pada jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 5, hilang timbul. Klien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga, BAK/BAB dibantu keluarganya dengan pispot, belum mampu berjalan secara mandiri, klien mengatakan merasa malu dengan keadaan fisiknya sekarang, klien merasa minder, semenjak kakinya diamputasi suaminya tidak mempedulikannya lagi.

Data *objektif*, klien terlihat sesekali meringis, klien terlihat sesekali bernapas panjang, klien sesekali tidak langsung menjawab pertanyaan saat

ditanya karena berfokus pada nyerinya, klien terlihat gelisah, kurang bersemangat, kurang berkonsentrasi, klien sesekali mengatakan dirinya jelek, klien terlihat sesekali melamun, klien solat dan tidur di bed.

Setelah penulis mendapatkan data, penulis merumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. E berdasarkan NANDA (2015). Teori mengenai diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan *wound dehiscence post disartikulasi hip* tidak jauh berbeda dengan masalah keperawatan yang terjadi di lapangan. Berdasarkan teori diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik: kerusakan neuromuskuloskeletal, muncul sebagai salah satu masalah yang dialami oleh Ny. E (Muttaqin, 2011). Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international association for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan (NANDA, 2015).

Nyeri akut diangkat menjadi diagnosa pertama karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif (DS): pasien mengatakan nyeri pada area jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 5, hilang timbul. Data objektif (DO): klien tampak sesekali menarik nafas panjang, wajah klien tampak menahan nyeri, skala nyeri 5.

Tujuan yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang, dengan kriteria hasil *Nursing Outcome Classification* (NOC) yaitu: mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, maupun menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri), melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, skala 0 – 3, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), mengatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. Rencana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC) yaitu: kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi; observasi keadaan umum (KU) dan tanda-tanda vital (TTV), ajarkan klien dalam penggunaan tehnik relaksasi non farmakologis (nafas dalam); kontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri klien seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

Hambatan mobilitas fisik diangkat sebagai diagnosa kedua karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif (DS): klien mengatakan belum berani miring kanan maupun kiri, duduk ataupun berdiri karena

masih terasa sakit, klien mengatakan semua aktifitas sehari-hari dibantu oleh keluarganya. Data objektif (DO): klien terlihat hanya tiduran, semua aktifitas dilakukan ditempat tidur dan dibantu oleh keluarganya, klien tampak lemah.

Berdasarkan teori masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kehilangan ekstremitas, muncul sebagai masalah kedua yang dialami oleh Ny. E (Lukman dan Ningsih, 2009). Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (NANDA, 2015).

Tujuan yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik teratasi, dengan kriteria hasil *Nursing Outcome Classification* (NOC) yaitu: klien meningkat dalam aktifitas fisik, mengerti dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah, memperagakan penggunaan alat, bantu untuk mobilisasi (walker). Rencana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC) yaitu: monitor TTV sebelum/sesudah latihan, konsultasi dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan, bantu klien untuk menggunakan walker saat berjalan dan cegah terhadap cedera, ajarkan klien tentang tehnik ambulasi, kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, latih klien dalam memenuhi kebutuhan *activity daily living* (ADL) secara mandiri sesuai kemampuan, ajarkan bagaimana klien mengubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Gangguan citra tubuh diangkat sebagai diagnosa ketiga karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif (DS): klien mengatakan dirinya jelek karena hanya mempunyai satu kaki, klien mengatakan menerima keadaan yang dialaminya sekarang tetapi klien merasa kehilangan anggota tubuhnya setelah diamputasi dan menganggap semua ini cobaan dari Allah, klien mengatakan semenjak kakinya diamputasi suaminya tidak mempedulikannya lagi. Data objektif (DO): klien nampak merasa kehilangan, klien nampak sesekali melamun.

Berdasarkan teori masalah gangguan citra tubuh: penampilan, peran berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh, muncul sebagai masalah ketiga yang dialami oleh Ny. E (Lukman dan Ningsih, 2009). Gangguan citra tubuh adalah konfusi dalam gambaran mental tentang diri-fisik individu (NANDA, 2015)

Tujuan yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan citra tubuh dapat teratasi dengan kriteria hasil *Nursing Outcome Classification* (NOC) yaitu:

body image positif, mampu mengidentifikasi kekuatan personal, mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh, mempertahankan interaksi sosial.). Rencana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC) yaitu: kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya, monitor frekuensi mengkritik dirinya, dorong klien mengungkapkan perasaannya, identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu.

Resiko infeksi diangkat sebagai diagnosa keempat karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif (DS): klien mengatakan terdapat luka jahitan di pangkal paha kiri klien. Data objektif (DO): terdapat jahitan di pangkal paha kiri klien, keadaan masih basah, jahitan rapi.

Berdasarkan teori masalah resiko infeksi muncul sebagai masalah keempat yang dialami oleh Ny. E (Lukman dan Ningsih, 2009). Resiko infeksi adalah mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik (NANDA, 2015).

Tujuan yang diharapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil *Nursing Outcome Classification* (NOC) yaitu: klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, menunjukkan perilaku hidup sehat. Rencana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC) yaitu: monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, inspeksi kondisi luka atau insisi bedah, dorong masukan nutrisi yang cukup, observasi suhu tiap 4 jam, beri antibiotik sesuai resep.

3.3 Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008). Dalam melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari penulis tidak mengalami hambatan, penulis melakukan implementasi berdasarkan intervensi yang telah dibuat. Penulis akan memaparkan hasil implementasi dari tanggal 29 maret – 31 Maret 2016.

Implementasi keperawatan pada hari pertama dilakukan pada tanggal 29 Maret 2016, Pukul 16. 25 WIB membantu mengambil klien dari ruang operasi. DO: klien terlihat lemas., DS:-,. Pukul 18. 30 WIB Mengkaji skala nyeri klien. DS: klien mengatakan nyeri di Area jahitan, Seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 5, hilang timbul. DO: klien terlihat menahan nyeri Pukul 18. 35 WIB Membimbing klien untuk melakukan tehnik non farmakologi (relaksasi nafas dalam). DS: klien mengatakan masih merasa nyeri, nyeri belum berkurang, klien meminta diberikan obat pengurang rasa nyeri. DO: wajah klien nampak menahan nyeri. Pukul 21.00 WIB Memberikan injeksi viciillin 1500 mg dan ketorolac 30 mg. DS: - , DO: obat masuk lancar melalui intra vena (IV), tidak ada reaksi nyeri.

Implementasi keperawatan hari kedua pada tanggal 30 Maret 2016 pukul 09.00 WIB Mengukur tanda-tanda vital (TTV) DS:-, DO: TD: 120/90 mmHg N:88 x/menit RR:21 x/menit S:37,0 °C. Pukul 09.25 WIB. Mengkaji skala nyeri klien DS: klien mengatakan nyeri Area jahitan, Seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 4, hilang timbul. DO: klien terlihat menahan nyeri, klien sesekali menarik nafas panjang. Pukul 09.45 WIB. Memberikan tindakan relaksasi nafas dalam DS: klien mengatakan dengan melakukan tindakan relaksasi nafas dalam membuat nyeri klien berkurang dan klien terasa rebih rileks. DO: klien nampak lebih rileks. Pukul 10.00 WIB. Mendampingi klien agar mengungkapkan perasaannya DS: klien mengatakan sedih karena kakinya harus diamputasi, semenjak kakinya diamputasi klien merasa suaminya sudah tidak peduli lagi dengan dirinya. DO: klien terlihat sedih, klien sesekali menjelekkkan dirinya. Pukul 12.15 WIB. Menyuyapi klien. DS:-, DO: klien makan habis setengah porsi. Pukul 12.30 WIB. Memberi tahu klien jika merasakan nyeri agar melakukan tindakan nonfarmakologi (tehnik relaksasi nafas dalam). DS: klien mengatakan jika nyerinya datang melakukan nafas dalam secara mandiri. DO: klien melakukan nafas dalam setiap terasa nyeri. Pukul 13.00 WIB. Melakukan injeksi viciillin 1500 mg dan ketorolac 30 mg DS: , DO: obat masuk lancar melalui IV, tidak ada reaksi nyeri. Pukul 13.30 WIB. Mengkaji nyeri evaluasi pemberian analgetik. DS: klien mengatakan nyeri berkurang pada area jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 3, hilang timbul. DO: nyeri klien berkurang skala 3.

Implementasi keperawatan hari ketiga pada tanggal 31 Maret 2016. Pukul 08.00 WIB. Mendampingi klien agar mengungkapkan perasaannya DS: klien mengatakan senang berada di rumah sakit ini karena perawatnya ramah dan sering menyapa klien, tidak membedakan klien dengan yang lainnya meskipun keadaan klien yang seperti ini, klien mengatakan

iklas dan mulai menerima keadaannya yang sekarang, menganggap ini semua cobaan dari Allah agar dirinya naik kelas. DO: klien terlihat sedikit demi sedikit mulai menerima kondisi tubuhnya, ekspresi klien nampak sedih. Pukul 09.00 WIB. Mengobservasi penggunaan teknik relaksasi nafas dalam. DS: klien mengatakan jika tiba-tiba terasa nyeri klien langsung mempraktekannya sendiri. DO: klien mampu mengontrol nyeri. Pukul 09.30 WIB. Mengukur TTV. DS:- DO: TD: 120/90 mmHg, N:90 x/ menit, RR:21x/ menit, S:36, 5 °C. Pukul 10.00 WIB Membantu klien melakukan latihan duduk dan berjalan. DS: klien mengatakan masih terasa sakit. DO: klien mulai duduk dengan hati-hati dengan bantuan, klien berlatih jalan menggunakan walker. Pukul 10.30 WIB. Mengobservasi jahtan klien. DS:, DO: tidak ada tanda-tanda infeksi, jahitan rapi. Pukul 10.50 WIB. Memberikan tindakan nonfarmakologi (relaksasi nafas dalam). DS: klien mengatakan nyaman dan nyerinya berkurang pada luka diarea jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 3, hilang timbul. DO: klien nampak rileks. Pukul 13.00 WIB. Melakukan injeksi viciillin 1500 mg dan ketorolac 30 mg. DS: , DO: obat masuk lancar melalui IV, tidak ada reaksi nyeri. Pukul 13.30 WIB. Mengkaji nyeri evaluasi pemberian analgetik. DS: klien mengatakan nyeri di area jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 2, hilang timbul. DO:klien mengatakan nyeri berkurang, skala 2.

Berdasarkan implementasi yang sudah dilakukan penulis pada klien Ny. E dengan empat diagnosa yang dimunculkan oleh penulis diantaranya: nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, gangguan citra tubuh, dan resiko infeksi. Sebagian besar dari empat diagnosa tersebut sudah sesuai dengan intervensi yang terdapat pada teori seperti mengkaji intensitas nyeri menggunakan PQRST, mengobservasi TTV, mengajarkan teknik nonfarmakologi, mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi, membantu klien menggunakan alat bantu jalan (walker), mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan, mengkaji verbal dan nonverbal respon klien terhadap tubuhnya, memonitor klien mengkritik dirinya, mendorong klien mengungkapkan perasaannya, memonitor tanda dan gejala infeksi, inspeksi kondisi luka, inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase, dorong klien untuk istirahat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

Teknik nonfarmakologi yang diajarkan penulis yaitu teknik relaksasi nafas dalam, penulis memilih teknik relaksasi nafas dalam sebagai tindakan nonfarmakologi dikarenakan tindakan relaksasi nafas dalam tidak mempunyai efek samping terhadap penyakit klien, hal ini juga terbukti dengan adanya data subjektif klien yang mengatakan nyeri berkurang dan

terbukti dapat mengurangi nyeri klien (Yeni, 2015). Kemudian saat klien Ny. E diajarkan tehnik guided imagery klien mengatakan nyerinya tidak berkurang, klien tidak nyaman.

3.4 Evaluasi

Evaluasi hari pertama dilakukan pada tanggal 29 Maret 2016 pada akhir *shift* yaitu pada pukul 21.00 WIB Dengan Diagnosa I Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. *subjektif*: pasien mengatakan masih nyeri pada area jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 5, hilang timbul. *Objektif*: pasien terlihat menahan nyeri, sesekali nafas panjang, skala nyeri 5. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji nyeri, ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, kolaborasi pemberian analgetik).

Diagnosa II hambatan mobilitas fisik. *Subjektif*: klien mengatakan belum berani miring kanan miring kiri ataupun berjalan karena bagian jahitan masih terasa sakit, aktifitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. *Objektif*: klien belum berani mobilisasi. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, latih klien dalam pemenuhan keutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan).

Diagnosa ke III gangguan citra tubuh. *Subjektif*: klien mengatakan kurang nyaman dengan keadaan tubuhnya yang sekarang, klien mengatakan minder. *Objektif*: klien terlihat sesekali melamun, klien mengatakan kurang nyaman dengan keadaan tubuhnya yang sekarang. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (monitor frekuensi mengkritik dirinya).

Diagnosa IV resiko infeksi berhubungan dengan luka di area jahitan. *Subjektif*: klien mengatakan daerah luka masih terasa sakit. *Objektif*: jahitan masih basah. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi keadaan luka klien, lakukan perawatan luka setiap 2 hari sekali).

Evaluasi hari kedua dilakukan pada tanggal 30 Maret 2016 pada akhir *shift* yaitu pada pukul 14.00 WIB dengan Diagnosa I Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. *subjektif*, pasien mengatakan masih nyeri di area jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 4, hilang timbul. *Objektif*: pasien terlihat menahan nyeri, sesekali nafas panjang, skala nyeri 5. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji nyeri, ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, kolaborasi pemberian analgetik).

Diagnosa II hambatan mobilitas fisik. *Subjektif*: klien mengatakan belum berani miring kanan miring kiri ataupun berjalan karena bagian jahitan masih terasa sakit, aktifitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. *Objektif*: klien belum berani mobilisasi. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, latih klien dalam pemenuhan kebutuhan *activity daily living* (ADLs) secara mandiri sesuai kemampuan).

Diagnosa ke III gangguan citra tubuh. *Subjektif*: klien mengatakan kurang nyaman dengan keadaan tubuhnya yang sekarang, klien mengatakan minder. *Objektif*: klien terlihat sesekali melamun, klien mengatakan kurang nyaman dengan keadaan tubuhnya yang sekarang. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (monitor frekuensi mengkritik dirinya).

Diagnosa IV resiko infeksi berhubungan dengan luka di area jahitan. *Subjektif*: klien mengatakan daerah luka masih terasa sakit. *Objektif*: jahitan masih basah. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi keadaan luka klien, lakukan perawatan luka setiap 2 hari sekali).

Evaluasi hari ketiga dilakukan pada tanggal 31 Maret 2016 pada akhir *shift* yaitu pada pukul 14.00 WIB dengan Diagnosa I Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. *Subjektif*: pasien mengatakan masih nyeri di area jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 3, hilang timbul. *Objektif*: pasien terlihat menahan nyeri, sesekali nafas panjang, skala nyeri 3. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, kolaborasi pemberian analgetik).

Diagnosa II hambatan mobilitas fisik. *Subjektif*: klien mengatakan sudah mulai dilatih duduk dan latihan berjalan menggunakan walker, aktifitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. *Objektif*: klien sudah mulai dilatih duduk, dan berjalan menggunakan alat bantu walker, aktivitas sehari-hari dibantu keluarga. *Analisa*: masalah teratasi sebagian. *Planning*: lanjutkan intervensi (kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan).

Diagnosa ke III gangguan citra tubuh. *Subjektif*: klien mengatakan kurang nyaman dengan keadaan tubuhnya yang sekarang, klien mengatakan minder. *Objektif*: klien terlihat sesekali melamun, klien mengatakan kurang nyaman dengan keadaan tubuhnya yang sekarang. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (monitor frekuensi mengkritik dirinya).

Diagnosa IV resiko infeksi berhubungan dengan luka di area jahitan. *Subjektif*: klien mengatakan daerah luka masih terasa sakit. *Objektif*: jahitan masih basah. *Analisa*: masalah belum teratasi. *Planning*: lanjutkan intervensi (observasi keadaan luka klien, lakukan perawatan luka setiap 2 hari sekali).

Berdasarkan perbandingan antara data evaluasi yang muncul pada klien Ny. E terdapat kriteria hasil dan tujuan yang sudah ditetapkan dan tidak jauh berbeda dengan teori, maka penulis merumuskan masalah nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, gangguan citra tubuh dan resiko infeksi pada klien Ny. E teratasi sebagian sehingga *planning* dalam intervensi tetap dilanjutkan. Rencana tindak lanjut untuk diagnosa pertama nyeri akut adalah kaji nyeri klien (P, Q, R, S, T), anjurkan tehnik relaksasi nafas dalam jika nyeri muncul. Rencana tindak lanjut untuk diagnosa kedua adalah: kaji kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi, latih klien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari sesuai kemampuan klien. Rencana tindak lanjut untuk diagnosa ketiga gangguan citra tubuh adalah: monitor frekuensi mengkritik dirinya, beri motivasi terhadap klien. Rencana tindak lanjut untuk diagnosa keempat resiko infeksi adalah: observasi keadaan luka klien, lakukan perawatan luka setiap 2 hari sekali.

3.5 Implementasi Dari Tindakan Nonfarmakologi Nafas Dalam

Relaksasi nafas dalam dipilih sebagai tindakan non farmakologi Karena dapat dilakukan setiap saat, dimana saja, kapan saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh klien tanpa suatu media, dapat merilekskan otot-otot yang tegang, adapun prosedur tehnik relaksasi nafas dalam yaitu dengan menciptakan lingkungan yang tenang, menjaga privasi klien, usahakan klien tidak tegang dan dalam keadaan rileks, minta klien untuk memejamkan mata dan usahakan klien untuk berkonsentrasi, minta klien untuk menarik nafas secara perlahan-lahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekshalasi (“hembuskan, dua, tiga”), minta pasien untuk mengulangi lagi sama seperti prosedur sebelumnya sebanyak tiga kali selama 5 menit.

Pada intervensi keperawatan nyeri, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri hilang atau berkurang dengan kriteria hasil secara subjektif melaporkan nyeri hilang atau berkurang dengan skala 0-3, mampu mengontrol nyeri. Pada pengkajian nyeri didapatkan data subjektif: pasien mengatakan nyeri di area jahitan, seperti disayat, pangkal paha kiri, skala 5, hilang timbul. Setelah dilakukan relaksasi nafas dalam pada hari pertama tanggal 29 Maret 2016

nyeri klien tidak berkurang dari skala 5 tetap skala 5. Pada hari kedua tanggal 30 Maret dilakukan nafas dalam, nyeri klien berkurang dari skala 5 menjadi skala 4. Pada hari ketiga tanggal 31 Maret dilakukan nafas dalam, nyeri klien berkurang dari skala 4 menjadi skala 3.

Dari implementasi di atas dapat disimpulkan bahwa tindakan non farmakologi tehnik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tingkat nyeri klien, hal ini sesuai dengan penelitian Satrio, Annisa, Dewi (2013) pada klien post operasi dengan anestesi umum dari skala 6 atau nyeri sedang menjadi skala 3 atau nyeri ringan.

4. PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian di dapatkan diagnosa pada Ny. E . Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik; infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan sekunder; hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal; gangguan citra tubuh berhubungan dengan gangguan perubahan struktur tubuh.
2. Intervensi yang belum bisa terlaksanakan yaitu memonitor suhu tiap 4 jam, melakukan ambulasi tiap 2 jam.
3. Implementasi yang tidak dapat dilakukan oleh penulis yaitu mengajarkan tehnik guide imagery, mengobservasi temperatur tiap 4 jam
4. Evaluasi Nyeri akut dengan gangguan agen cedera fisik; hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal; gangguan citra tubuh berhubungan dengan gangguan perubahan struktur tubuh; resiko infeksi berhubungan dengan luka diarea jahitan masalah teratasi sebagian dan intervensi harus dilanjutkan.
5. Analisis pemberian tehnik relaksasi nafas dalam pada Ny. E dengan *wound dehiscence post disartikulasi hip* yaitu terbukti mampu menurunkan nyeri klien, terbukti pada hari ketiga skala nyeri klien menurun dari 5 menjadi 3.

B. Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan, maka penulis memberikan saran – saran sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan agar lebih memberikan dan meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan pada klien *wound dehiscence post disartikulasi hip* dan memperbaharui ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *wound dehiscence pos disartikulasi hip*. Terutama pada tindakan non

farmakologi untuk mengurangi nyeri pada klien dengan *wound dehiscence post disartikulasi hip*.

2. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga ikut serta dalam penanganan nyeri nonfarmakologis nafas dalam.

3. Bagi Peneliti Lain

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat menjadi bahan referensi serta acuan untuk dikembangkan dalam memberikan asuhan non farmakologis pada klien dengan *wound dehiscence post disartikulasi hip*.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC: Jakarta.
- Ani, Dwi Pratintya., Harmilah., Subroto. 2014. Kompres Hangat Menurunkan Nyeri Persendian Osteoarthritis pada lanjut usia. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan, Vol. 10, No. 1*.
- Chandra Kristianto Patasik. 2013. Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Guide Imagery Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesar di Irina D RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado. Volume 1. Nomor 1*.
- Debora Oda. 2011. *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik*. Jakarta: Salemba Medika
- Lukman dan Ningsih Nurna. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika
- Muttaqin Arif. 2011. *Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal Aplikasi Pada Praktik Klinik Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Nurarif, Amin Huda., Kusuma Hardhi. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC. Edisi Revisi Jilid 3*. Yogyakarta: Mediacion Publishing Jogjakarta.
- _____. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC. Edisi Revisi Jilid 3*. Yogyakarta: Mediacion Jogja..
- Smeltzer Suzanne C. Bare Brenda G. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Edisi 8*. Jakarta: EGC
- Suhartini Nurdin, Maykel Kiling, Julia Rottie. 2013. Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Ruang Irina A Blurs RSUP. Prof. Dr. R. D Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan. Volume 1. Nomor 1*

- Satrio Agung, Anisa Andriyani, Dewi Kartika Sari. 2013. Terapan Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum Di RSUD. Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*. Vol. 3, No 1
- Tinuk Agung Meilany, Alexandra, Ariono Arianto, Qomarudin, Bausat, Endang, Joedo Prihartono, Damayanti R Sjarif. 2012. Pengaruh Malnutrisi dan Faktor Lainnya Terhadap Kejadian Wound Dehiscence pada Pembedahan Abdominal Anak pada Periode Perioperatif. *Sari Pediatri* Vol. 14. No. 2
- Uliyah M., Hidayat, A.Aziz Alimul. 2008. *Praktikum Ketrampilan Dasar Praktik Klinik: Aplikasi Dasar-Dasar Praktik Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yeni Koto. 2015. Efektifitas Penurunan Intensitas Nyeri Sebelum dan Sesudah Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*. Vol 5. No. 4